

**Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della  
prevenzione, di Nuoro**

MARCA DA BOLLO  
€ 16,00

DPR 26/10/72  
N°642  
DM 20/08/92

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO**

**Spett. Ordine TSRM PSTRP**  
Di Nuoro

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445

di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

di essere residente in Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

di avere i seguenti recapiti telefonici: tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

di avere il seguente recapito email: \_\_\_\_\_

di avere il seguente codice fiscale: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DI CODESTO ORDINE CON DECORRENZA**

**DAL 01.01.20\_\_ per (specificare il motivo):**

**Cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento, etc.)**

\_\_\_\_\_

**Altro** \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a dichiara:**

Che non intende esercitare la libera professione

Di essere in regola con il pagamento delle quote Albo

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (Art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le attestazioni espresse corrispondono al vero.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità del l'Ordine Professionale TSRM PSTRP.

Nuoro li .....

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Allegati: fotocopia, fronte e retro, di un documento di riconoscimento valido